



انجمن علمی پرستاری ایران

# روان پرستاری

دوره دوم شماره ۳ (پیاپی ۷) پاییز ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۴۵-۲۵۰۱

- ۱..... همبستگی بین سختی گذر به والد شدن و رضایت زناشویی و مقایسه آن در زنان با اولین و دومین فرزند.....  
فاطمه سراج، شهلا نورانی، محمد تقی شاکری
- ۱۲..... طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش صمیمانه در مردان متاهل پیمان شکن و غیر پیمان شکن.....  
آناهیتا خدابخشی کولایی، طیبه بساطی مطلق، عزیزالله تاجیک اسماعیلی، داوود تقوایی، معصومه رحمتی زاده
- ۲۴..... هوش هیجانی و گرایش به تفکر انتقادی در پرستاران بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی.....  
زهرا مددخانی، منصوره نیکوگفتار، مریم کرامتکار
- ۳۷..... بررسی افسردگی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی.....  
امیر موسی رضایی، طاهره مؤمنی قلعه قاسمی، نسرین موسی رضایی، مهین معینی، مهناز خدایی
- ۴۶..... طراحی و روان سنجی فهرست واریسی شایستگی بالینی دانشجویان پرستاری بهداشت روانی.....  
جمیله محتشمی، مهوش صلصالی، مهرنوش بازارگادی، هومان منوچهری، حمید علوی مجد
- ۵۸..... تاثیر "مصاحبه انگیزشی گروهی" بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان روده دارای استومی دائمی.....  
الهام رجبی پور، سادات سید باقر مداح، مسعود فلاحی خشکناز، فرشاد زارعی، فخرالسادات انارکی
- ۶۹..... تاثیر فعالیت کشاورزی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن.....  
ندا پروین، لیلا رفیعی وردنجانی، مسعود نیک فرجام، عبدالله محمدی احمد محمودی، فاطمه دریس
- ۷۷..... رابطه بین ویژگی های شخصیتی با رفتارهای خودمراقبتی و پیامد درمان در بیماران دیابتی.....  
مجید محمود علیلو، مهری اسبقی پور، محمد نریمانی، ناصر آقامحمدزاده

**به نام خداوند جان و خرد**  
**نشریه تخصصی روان پرستاری**  
**فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران**  
**دوره دوم - شماره ۳ (پیاپی ۷) - پاییز ۱۳۹۳**

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحي خشکتاب
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره بین المللی نشریه چاپی (Print-ISSN): ۲۳۴۵-۲۵۰۱ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی (e-ISSN): ۲۳۴۵-۲۵۲۸ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیون نشریات علوم پزشکی کشور: به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

• مشاوران علمی این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- |  |  |
|--|--|
| امین اجلی<br>دکتر اکبر بیگلریان<br>دکتر اکرم ثناگو<br>دکتر حسن جهان هاشمی<br>دکتر آناهیتا خدا بخشی کولایی<br>دکتر مریم روانی پور<br>دکتر کوروش زارع<br>دکتر محمد علی سایمانی<br>دکتر نعیمه سید فاطمی<br>دکتر فرشید شمسایی<br>دکتر مصطفی شوکتی احمد ابادی<br>محمد رضا شیخی<br>دکتر رضا ضیغمی<br>دکتر جمیله محتشمی<br>دکتر منیر نوبهار | - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس<br>- دکتر مسعود بحرینی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر<br>- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران<br>- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج<br>- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز<br>- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر نعیمه سیدفاطمی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران<br>- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز<br>- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان<br>- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین<br>- دکتر عباس عبادی، استادیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)<br>- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر مسعود فلاحي خشکتاب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی<br>- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس<br>- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران<br>- دکتر علی نجومی، استادیار انسیتو پاستور ایران<br>- دکتر علی نویدیان، استادیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان<br>- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران<br>- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی<br>- دکتر شهرزاد یکتا طلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز |
|--|--|

- ویراستار انگلیسی: دکتر علی نجومی
- ویراستار فارسی: محمدرضا شیخی
- حروفچینی و صفحه‌آرایی: مهندس صادق توکلی
- طراح جلد: مهندس صادق توکلی
- ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران
- نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران
- کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۸۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵
- e-mail: info@ijpn.ir , Website: http://ijpn.ir

## تاثیر فعالیت کشاورزی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن

ندا پروین<sup>۱</sup>، لیلا رفیعی وردجانی<sup>۲</sup>، مسعود نیک فرجام<sup>۳</sup>، عبدالله محمدی احمد محمودی<sup>۴</sup>، فاطمه دریس<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اسکیزوفرنی بیماری روانی مزمن و ناتوان کننده با درمان های مختلف دارویی و غیر دارویی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر فعالیت های کشاورزی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن انجام شد.

**روش:** این مطالعه، یک مطالعه نیمه تجربی بود که در آن ۵۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن واجد شرایط در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۲۶ بیمار) به شکل تصادفی وارد شدند. مطالعه در بیمارستان روانی سینا انجام شد. مدت مداخله ۳ ماه بود. بیماران در گروه شاهد، درمان روتین را دریافت نمودند. بیماران در گروه مداخله علاوه بر درمان روتین در فعالیت کشاورزی شرکت کردند. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس کیفیت زندگی اسکیزوفرنی در ابتدا و پایان مطالعه تکمیل گردید. داده های پژوهش با استفاده از شاخص های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون های آماری تحلیلی مانند تی استیودنت و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** گروه های مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و نمره کیفیت زندگی اولیه همسان بودند. در پایان مطالعه، گروه فعالیت کشاورزی، بهبودی معناداری در میانگین کیفیت زندگی نشان داد ( $p < 0.001$ ) اما در گروه شاهد تغییر معناداری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به تاثیر فعالیت کشاورزی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، به نظر می رسد این روش درمانی می تواند به عنوان بخشی از درمان معمول این بیماران استفاده شود.

**کلید واژه:** اسکیزوفرنی، کشاورزی، کیفیت زندگی.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۱۵

۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: np285@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۵- کارشناس ارشد آمار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

## مقدمه

اسکیزوفرنی شکل شدیدی از بیماری روانی است که یک درصد جمعیت ممکن است در طول عمر به آن مبتلا شوند (۱). این بیماری طیف وسیعی از علائم مانند اختلال در تفکر، ادراک، مشکلات شناختی و عاطفی را شامل می شود. هسته اصلی مشکل وجود علائم مثبت مانند توهم و هذیان و گاهی علائم منفی مانند انزوای اجتماعی، کاهش انگیزه و بی ارادگی می باشد که این علائم منجر به اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی می گردد (۲). این در حالی است که اساس درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چه در فاز حاد، چه در فاز مزمن درمان های دارویی و غیر دارویی است و ترکیبی از این دو روش درمانی مفید تر می باشد (۳،۴). استفاده از روش های غیر دارویی مانند کاردرمانی همراه با درمان های دارویی می تواند در بهبود علائم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی موثر باشد (۵).

از جمله روش های درمانی غیر دارویی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، شرکت در فعالیت کشاورزی می باشد (۶). در فعالیت کشاورزی به شکل درمانی، افراد به شکل آزادانه به دو شکل فعال و غیرفعال در فعالیت های ساده باغبانی و کشاورزی شرکت می کنند و این کار تحت نظارت پرسنل درمانی انجام می شود (۷). در این روش درمانی با استفاده از کمک درمانگر و با هدف ارتقاء سلامت بیمار، سبزی، میوه، گل و گیاهان مختلف کاشته می شود (۸). این روش موجب بهبود عملکرد فیزیکی، اجتماعی، عاطفی، شناختی و خلاقیت بیماران شده و در بهبود وضعیت روانی و جسمی آنها موثر است (۹). مطالعات مختلف اثر بخشی فعالیت کشاورزی را در بیماران مبتلا به آلزایمر (۱۰) و افسردگی (۱۱) نشان داده است. این در حالی است که مطالعات محدودی در خصوص اثربخشی این روش در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به ویژه در بعد کیفیت زندگی و علائم روانی آنها انجام شده است. یوم و همکارانش در بررسی خود تاثیر باغ درمانی در وضعیت عزت نفس و اجتماعی شدن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه نشان داد که این روش درمانی در بهبود عزت نفس و وضعیت ارتباطی بیماران تاثیر مثبتی داشته است (۱۲). رویی و

همکاران نیز در مطالعه خود تاثیر باغ درمانی را در بازتوانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مورد بررسی قرار دادند. گروه مداخله همزمان با دارو درمانی، فعالیت های مرتبط با باغ درمانی را انجام داده در حالی که گروه شاهد تنها تحت درمان دارویی بود. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه باغ درمانی وضعیت مراقبتی و سازگاری بیماران از نظر اجتماعی به شکل معنی داری بهتر از گروه شاهد بود (۱۳).

موضوع کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی یکی از مباحث مهم مرتبط با این بیماران و خانواده آنها است که در سال های اخیر مورد توجه قرار گرفته و می تواند به عنوان مقیاس مهمی از بهبودی و روند درمان این بیماران مورد استفاده قرار گیرد (۱۴). در این بین، بیمارستان روانپزشکی سینا در شهر جوققان در استان چهارمحال و بختیاری از جمله مراکز درمانی تخصصی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در ایران است که با توجه به وسعت و امکانات موجود، فضای فیزیکی بسیار مناسبی برای انجام فعالیت های کشاورزی در آن وجود دارد. با توجه به اهمیت درمان های غیر دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و مطالعات محدود در زمینه اثربخشی این روش درمانی و فضای فیزیکی مناسب بیمارستان سینای جوققان مطالعه حاضر طراحی شد.

## روش مطالعه

این مطالعه نیمه تجربی، پس از تصویب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و هماهنگی با مسئولین بیمارستان روانی سینای جوققان، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در این بیمارستان انجام شد. نمونه گیری به شکل هدفمند بوده و ۶۰ بیمار واجد شرایط شرکت در مطالعه، به شکل تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله قرار داده شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: توانایی جسمی همکاری در روند مداخله، تشخیص اسکیزوفرنی مزمن بر اساس پرونده بیمار، سن بالای ۱۸ سال و شرایط خروج: عقب ماندگی ذهنی و تغییر در رژیم دارویی از نظر نوع و مقدار داروی مصرفی در حین مطالعه بود.

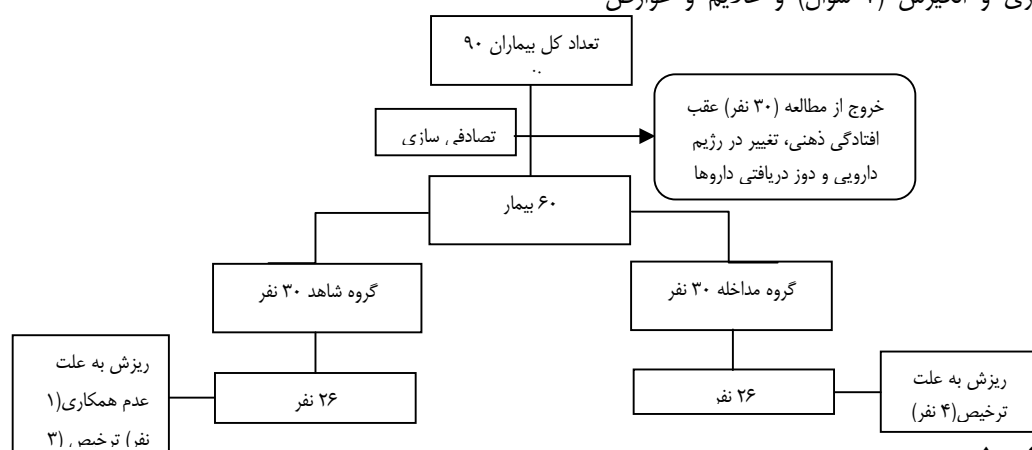
جانبی (۸ سوال) می باشد. این پرسشنامه با لیکرت هرگز(۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) می باشد، بنابراین کسی که امتیاز بیشتر کسب نماید کیفیت زندگی بدتری داشته و بالعکس. سوالات ۱۲، ۱۵، ۱۳ و ۲۰ در این پرسشنامه نمره برعکس می گیرند. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده کیفیت زندگی بدتر است. این پرسشنامه در مطالعات خارج از کشور (۱۵) و نیز داخل کشور و در مرکز روانپزشکی سینای جوققان (گروه مورد مطالعه) مورد استفاده قرار گرفته و از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده و اعتبار آن ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۶، ۱۷).

داده ها ی پژوهش با استفاده از شاخص های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون های آماری تحلیلی مانند تی استیودنت و کای دو با کمک نرم افزار آماری SPSS v.16 تجزیه و تحلیل شدند.

آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که نمرات کیفیت زندگی داری توزیع نرمال بوده ( $p=0/73$ ) لذا از آزمون های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه ۵۲ بیمار در دو گروه ۲۶ نفره شاهد و مداخله تا پایان مطالعه شرکت داشتند. از هر گروه ۴ بیمار به دلیل ترخیص و عدم بازگشت در طول مدت مطالعه ریزش داشتند (دیاگرام ۱).



دیاگرام شماره ۱ - مراحل نمونه گیری

بیماران در گروه شاهد درمان دارویی و مراقبت های روتین را دریافت کردند. در گروه مداخله نیز علاوه بر درمان روتین، بیماران در فعالیت کشاورزی که با هدایت روانشناس همکار طرح و مسئول باغبانی مرکز طراحی شده بود شرکت کردند. بدین ترتیب که توانمندی های آنها در ابتدای کار مشخص شده و تکالیف هر کدام معلوم شد. فعالیت کشاورزی شامل شخم زدن، از بین بردن علف های هرز، آماده کردن زمین برای کشت، کود دهی، کاشت بذر و بوته گیاهان زود بازده مانند (خیار، گوجه فرنگی و ...) و در نهایت برداشت محصول بود. زمین های موجود در قطعات مشخص تقسیم بندی و در هر قطعه گیاه خاصی کشت داده شد. دفعات انجام فعالیت کشاورزی با توجه به نوع محصول و نظر مسئول باغبانی به شکل روزانه و تا زمان برداشت تعیین گردید. بدین ترتیب، از زمان آماده سازی زمین زراعی تا برداشت محصول مداخله انجام شد. مطالعه در حدود ۳ ماه در فاصله زمانی فروردین لغایت تیرماه ۱۳۹۳ انجام شد. محصول برداشت شده در نهایت در اختیار بیماران قرار گرفت.

پرسشنامه دموگرافیک با سؤالاتی در خصوص سن، جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (Schizophrenia -SQLS quality of life scale) فرم ۳۰ سؤالی جهت بیماران در دو مرحله ابتدا و انتهای مطالعه توسط روانشناس همکار طرح تکمیل گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل ۳۰ سوال در سه حیطه روانی اجتماعی (۱۵ سوال)، انرژی و انگیزش (۷ سوال) و علایم و عوارض

که پس از انجام مداخله نمرات کلی کیفیت زندگی به شکل معناداری در گروه مداخله بهتر از گروه شاهد بود ( $p < 0.001$ ). علاوه بر نتایج مطالعه نشان داد که فعالیت کشاورزی در بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله موثر بوده است (جدول ۲ و ۳).

آنالیز کوواریانس نشان داد که متغیرهای سن، جنس، تاهل و تحصیلات تأثیری در کیفیت زندگی نمونه های مورد مطالعه نداشتند ( $p = 0.05$ ).

میانگین سن بیماران  $41/65 \pm 6/34$  سال و اغلب آنها مرد  $69/2\%$  (۳۶ نفر)، داری تحصیلات زیر دیپلم  $94/2\%$  (۴۹ نفر) و متاهل  $51/9\%$  (۲۷ نفر) بودند. آزمون آماری تی استیودنت و کای دو نشان داد که از نظر متغیرهای فردی مانند سن، جنس، تحصیلات و تاهل دو گروه مطالعه همسان بوده و تفاوت معنی داری نداشتند (جدول شماره ۱).

علاوه بر ابتدای مطالعه میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی در دو گروه همسان بوده و آزمون آماری تی استیودنت تفاوت معنی داری بین گروه ها نشان نداد ( $p = 0.18$ )، در حالی

**جدول شماره ۱ -** مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی در بیماران مورد مطالعه به تفکیک گروه مداخله و شاهد

سن (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	گروه شاهد	گروه مداخله	سطح معنی داری
جنسیت			
مونث (درصد و فراوانی)	۲۳/۱۶ (۳۱٪)	۴۰/۴۲ $\pm$ ۶/۹۷	۰/۱۶
مذکر (درصد و فراوانی)	۷۶/۹۰ (۷۶٪)	۱۶ (۱۵٪)	۰/۲۲
تحصیلات			
بی سواد (درصد و فراوانی)	۰ (۰٪)	۳ (۱۱٪)	۰/۰۷
زیر دیپلم (درصد و فراوانی)	۲۶ (۱۰٪)	۲۳ (۸۸٪)	
وضعیت تاهل			
مجرد (درصد و فراوانی)	۴۲/۳۱۱ (۴۲٪)	۱۴ (۵۳٪)	۰/۴۰
متاهل (درصد و فراوانی)	۵۷/۱۵ (۵۷٪)	۱۲ (۴۶٪)	

**جدول شماره ۲ -** وضعیت کیفیت زندگی بیماران در ابتدای مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد

سطح معنی داری	گروه مداخله	گروه شاهد	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
۰/۲۸	۳۳/۹۶ $\pm$ ۵/۳۰	۳۲/۲۷ $\pm$ ۶/۰۶	روانی اجتماعی
۰/۳۳	۱۳/۵ $\pm$ ۱/۶۵	۱۲/۹۶ $\pm$ ۲/۲۵	انگیزش / انرژی
۰/۴۲	۱۷/۰۸ $\pm$ ۳/۰۴	۱۶/۳۱ $\pm$ ۳/۸۲	علائم و عوارض جانبی
۰/۱۸	۶۴/۵۴ $\pm$ ۶/۹۷	۶۱/۵۴ $\pm$ ۸/۹۸	نمره کل

**جدول شماره ۳ -** وضعیت کیفیت زندگی بیماران در انتهای مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد

گروه شاهد	گروه مداخله	سطح معنی داری	
میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار		
روانی اجتماعی	۳۲/۱۵ $\pm$ ۵/۸۷	۲۸/۸۸ $\pm$ ۵/۵۹	۰/۰۴
انگیزش/انرژی	۱۳/۲۷ $\pm$ ۲/۵۳	۱۱/۱۲ $\pm$ ۱/۵۵	< ۰/۰۰۱
علائم و عوارض جانبی	۱۶/۵۰ $\pm$ ۳/۷۹	۱۴/۵۸ $\pm$ ۲/۸۵	۰/۰۴
نمره کل	۶۱/۹۲ $\pm$ ۸/۷۵	۵۴/۵۸ $\pm$ ۶/۸۵	< ۰/۰۰۱

## بحث

مثبت آن بر نمره کلی کیفیت زندگی بیماران تحت بررسی می باشد. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بیماران در گروه فعالیت کشاورزی در پایان دوره مداخله بهتر از گروه شاهد بود که با نتایج مطالعات دیگر مشابه می

کیفیت زندگی از نظر متخصصین بالینی از جمله مهمترین معیارهای بررسی پیامد درمان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و نشان دهنده سلامت آنها می باشد (۱۸). در این مطالعه نتایج بدست آمده نشان دهنده اثربخشی فعالیت کشاورزی و تاثیر

باشد. در بررسی فروزنده و همکاران نیز انجام کاردرمانی موجب بهبود نمره کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شد (۱۶).

نتایج مطالعه نشان داد فعالیت کشاورزی در سه بعد روانی اجتماعی، انگیزش/ انرژی و عوارض موثر بوده و بهبودی معناداری در بیماران مورد مطالعه در گروه کشاورزی مشاهده شد. این نتیجه با نتایج مطالعات مختلف همسو می باشد. آموزش مهارت های اجتماعی و کمک به افراد روانی می تواند برای وارد شدن آنها به موقعیت های اجتماعی موثر باشد. نتایج مطالعه یوم و همکارانش نشان داد که فعالیت کشاورزی می تواند به عنوان یک درمان مکمل در ارتقاء وضعیت روانی، هیجانی و برطرف کردن مشکلات اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن موثر باشد (۱۲). رویی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که باغ درمانی به عنوان یکی از روش های بازتوانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی موجب بهبود وضعیت روانی این بیماران در ابعاد مراقبتی، فردی و سازگاری اجتماعی می شود (۱۳). فعالیت کشاورزی به شکل درمانی، مداخله ای طبیعت محور است که فعالیت های اجتماعی و رفتاری شرکت کنندگان را تحت تاثیر قرار می دهد و افراد شرکت کننده فعالیت های لذت بخش انجام می دهند در حالی که سطح فعالیت فیزیکی آنها در حد متوسط است (۱۱).

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه فروزنده و همکاران کار درمانی بر ابعاد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران تاثیر نداشته که احتمالاً به دلیل تفاوت مداخله انجام شده و ماهیت گروهی فعالیت کشاورزی در مطالعه حاضر می باشد (۱۶).

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به افراد سالم تحرک و فعالیت کمتری دارند و کمبود انگیزش آن ها به عنوان هسته اصلی بیماری مورد توجه است (۱۹). کمبود انگیزش موجب اختلال شدید در عملکرد اجتماعی، زندگی مستقل و ارتباطات بین فردی آنها می گردد (۲۰). در مطالعه حاضر انگیزش و انرژی بیماران در گروه کشاورزی در مقایسه با گروه شاهد ارتقاء یافته بود که نشان دهنده تاثیر این روش در این دو بعد از کیفیت زندگی بیماران است.

کم و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان با کمک کشاورزی در بهبود اضطراب، افسردگی و استرس بیماران سایکوتیک موثر است (۲۱). بعلاوه وو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که فعالیت کشاورزی موجب بهبود توجه، روابط بین فردی، مهارت های ارتباطی، استقلال و سازگاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می گردد (۲۲). در مطالعه فوجیمای و همکارانش علائم منفی، مشکلات سایکولوژیک و اختلال عملکرد روانی اجتماعی با انگیزش و انرژی بیماران مرتبط بود (۲۳). با توجه به تاثیر فعالیت کشاورزی در بهبود وضعیت خلقی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، بهبود انگیزش این بیماران تا حدودی قابل توجیه است. از طرفی این روش درمانی همراه با تحرک و فعالیت فیزیکی است که می تواند در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد. فوگارتی و همکارانش در مطالعه نشان دادند که فعالیت فیزیکی می تواند در بهبود سلامت جسمی، انرژی و سازگاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی موثر باشد و حس همکاری و مهارت های اجتماعی و شناختی آنها را ارتقاء بخشد (۲۴). در این مطالعه، بعد عوارض و علائم جانبی کیفیت زندگی شامل مشکلات خواب، گرفتگی و کرامپ عضلانی، تاری دید، خشکی دهان و مشکلات حرکتی در گروه کشاورزی بهبود یافته بود که احتمالاً به دلیل افزایش تحرک بیماران به دنبال فعالیت کشاورزی در طی روز می باشد. به نظر می رسد ارتقاء عملکرد اجتماعی و ارتباطی بیماران بدنبال شرکت در فعالیت کشاورزی بعنوان یکی از اصلی ترین علل بهبود کیفیت زندگی آنها در گروه کشاورزی است. در طی انجام فعالیت کشاورزی افراد مهارت های جدیدی را یاد می گیرند و احساس خودکارآمدی و مسئولیت پذیری در آنها افزایش می یابد. بعلاوه کارکردن در طبیعت و مشاهده فضای سبز، باعث بوجود آمدن احساس آرامش در فرد می گردد. بدین ترتیب ارتقاء مهارت های ارتباطی، حس آرامش و خودکارآمدی می تواند در بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی و از جمله روابط اجتماعی و بهبود انگیزش این بیماران موثر باشد.

این مطالعه به شکل تک مرکزی انجام شده و با توجه به شرایط خاص بیماران مرکز امکان استفاده از نمونه های بیشتر

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با شماره ۱۵۶۸ و کد اخلاق ۹۲-۵-۱۰ می باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. نویسندگان از کلیه پرسنل و بیماران بیمارستان سینای جوقن که در انجام این مطالعه آنها را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را می نمایند.

برای شرکت در مطالعه وجود نداشت. لذا پیشنهاد می گردد مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتر و به شکل چند مرکزی و مقایسه با سایر روش های درمانی غیر دارویی انجام گردد.

### نتیجه گیری نهایی

در مطالعه حاضر فعالیت کشاورزی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مورد مطالعه موثر بوده لذا به نظر می رسد امکان استفاده از این روش درمانی به عنوان بخشی از برنامه درمان غیر دارویی در این بیماران فراهم باشد.

### منابع

- 1- Bonnot O, Dumas N. [Schizophrenic disorders in adolescence]. La Revue du praticien. 2014 Apr;64(4):499-504.
- 2- Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. Schizophrenia research. 2009 May;110(1-3):1-23.
- 3- Gaszner P. [Complex therapy of schizophrenia]. Neuropsychopharmacol Hung. 2009 Mar;11(1):41-5.
- 4- Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of nervous and mental disease. 2003 Aug;191(8):515-23.
- 5- Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. Japan Journal of Nursing Science. 2013 Jun;10(1):136-41.
- 6- York M, Wiseman T. Gardening as an occupation: a critical review. The British Journal of Occupational Therapy. 2012;75(2):76-84.
- 7- Gonzalez MT, Hartig T, Patil GG, Martinsen EW, Kirkevold M. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study. Research and Theory for Nursing Practice. 2009;23(4):312-28.
- 8- Liu Y, Bo L, Sampson S, Roberts S, Zhang G, Wu W. Horticultural therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 19;5:CD009413.
- 9- Wichrowski M, Whiteson J, Haas F, Mola A, Rey MJ. Effects of horticultural therapy on mood and heart rate in patients participating in an inpatient cardiopulmonary rehabilitation program. Journal of cardiopulmonary rehabilitation. 2005 Sep-Oct;25(5):270-4.
- 10- Jarrott SE, Gigliotti CM. Comparing responses to horticultural-based and traditional activities in dementia care programs. American journal of Alzheimer's disease and other dementias. 2010 Dec;25(8):657-65.
- 11- Gonzalez MT, Hartig T, Patil GG, Martinsen EW, Kirkevold M. A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression. Issues in Mental Health Nursing. 2011;32(1):73-81.



- 12- Um S, Kim S, Song J, Kwack H, Son K. Effect of horticultural therapy on the changes of self-esteem and sociality of individuals with chronic schizophrenia. XXVI International Horticultural Congress: Expanding Roles for Horticulture in Improving Human Well-Being and Life Quality 639; ISHS 2004;185-191.
- 13- Ruiyi B. Rehabilitation effect of gardening therapy to treat chronic schizophrenia patients Chinese. Chinese Nursing Research.2001; 15(6):327-9.
- 14- Boyer L, Baumstarck K, Boucekine M, Blanc J, Lancon C, Auquier P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia:an overview. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research. 2013 Jun;13(3):343-9.
- 15- Luo N, Seng BK, Xie F, Li SC, Thumboo J. Psychometric evaluation of the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) in English- and Chinese-speaking Asians in Singapore. Qual Life Res. 2008 Feb;17(1):115-22.
- 16- Foruzandeh N, Delaram M, Aeen F, Deris F. The relationship between positive and negative symptoms and quality of life in chronic schizophrenic patients of Sina hospital Juneqan. Journal of Research in Behavioural Sciences 2011;9(4): 295-304. [Persian]
- 17- Nikfarjam M. The efficacy of religious training (prayer) on the improvement of the schizophrenic patients' quality of life at Sina Psychiatric Hospital (Bakhtiari Province, 2011). Arak University of Medical Sciences Journal. 2011; 13 (5) :133-138. [Persian]
- 18- Martin P, Caci H, Azorin JM, Dalery J, Hardy-Bayle MC, Etienne D, et al. [A new patient focused scale for measuring quality of life in schizophrenic patients: the Schizophrenia Quality of Life Scale (SOL)]. L'Encephale. 2005 Sep-Oct;31(5 Pt 1):559-66.
- 19- Tremeau F, Goldman J, Antonius D, Javitt DC. Inpatients with schizophrenia report impaired situational motivation but intact global and social motivation. Psychiatry research. 2013 Nov 30;210(1):43-9.
- 20- Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. Schizophr Bull. 2007 Sep;33(5):1138-48.
- 21- Kam MC, Siu AM. Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2010;20(2):80-6.
- 22- Wu SH, Chang CL, Hsu J-H, Lin YJ, Tsao SJ. The beneficial effects of horticultural activities on patients' community skill and motivation in a public psychiatric center." In XXVII International Horticultural Congress-IHC2006: International Symposium on Horticultural Practices and Therapy for Human2006; 775: 55-70.
- 23- Fujimaki K, Morinobu S, Yamashita H, Takahashi T, Yamawaki S. Predictors of quality of life in inpatients with schizophrenia. Psychiatry research. 2012 May 30;197(3):199-205.
- 24- Fogarty M, Happell B. Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative study. Issues in Mental Health Nursing. 2005;26(3):341-51.

## The effect of agriculture activity on quality of life in chronic schizophrenic patients

Parvin<sup>1</sup> N (MSc) - Rafiee Vardanjani<sup>2</sup> L (MSc) - Nikfarjam<sup>3</sup> M (MD) - Mohammadi Ahmad Mahmoudi<sup>4</sup> A (MSc) - Deris<sup>5</sup> F (MSc)

### Abstract

**Introduction:** Schizophrenia is a chronic and debilitating psychiatric disorder with pharmacologic and non-pharmacologic treatment. The present study aimed to determine the effect of agriculture activity on quality of life in chronic schizophrenic patients.

**Method:** This survey was a quasi- experimental study in which 52 eligible patients with chronic schizophrenia were assigned randomly in intervention and control groups (n=26). The study was conducted in Sina psychiatry Hospital. The intervention period was three months. The patients in control group received routine treatment. The patients in intervention group were participated in agricultural activity in addition to routine treatment. The demographic questionnaire and schizophrenia quality of life scale were completed at the beginning and the end of the study. The research data were analyzed by descriptive statistical indexes including mean, standard deviation and inferential statistical methods like Student t-test and *Chi* square.

**Results:** The study groups were homogeneous in demographic variables and quality of life scores at the baseline. At the end of study, the agriculture activity group showed significant improvement by mean of quality of life ( $P < 0.001$ ), but there was no significant change in control group ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Regarding to the impact of agricultural activity on improving quality of life in patients with schizophrenia, it seems that this treatment method can be used as part of routine treatment for this patients.

**Key word:** agriculture, quality of life, schizophrenia.

Received: 6 July 2014

Accepted: 7 October 2014

1- MSc in Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. (**Corresponding author**)

**E-mail:** np285@yahoo.com

2- MSc in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

3- MD, Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

4- MSc in Psychiatry, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

5MSc in Statistic, Department of Statistic and Epidemiology, Faculty of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

**Correlation between transition difficulty to parenthood and marital satisfaction and its comparison in women with first and second child.....1**  
Seraj F (MSc) - Nourani Sh (MSc) - Shakeri MT (Ph.D)

**The comparison of early maladaptive schema and intimacy in married infidelity and non-infidelity men.....12**  
Koolaee K (Ph.D) - Motlagh B (MSc) - Esmaili T (Ph.D) - taghvaei D (Ph.D) - Rahmatizadeh M (MSc)

**Emotional intelligence and critical thinking dispositions in nurses Based on demographic characteristic.....24**  
Madadkhani Z (MSc.) - Nikoogoftar M (Ph.D) - Keramatkar M (Student of PhD)

**Investigate the Prevalence of Depression and its association with Demographic variables in Employees.....37**  
Musarezaie A (MSc.) - Momeni-Ghalehghasemi T (MSc.) - Musarezaie N (BSc.) - Moeini M (MSc.) - Khodaei M (MSc.)

**Developing and Psychometric Properties Check List of Clinical Competency in Mental Health Nursing Students.....46**  
Mohtashami J (Ph.D) - Salsali M (Ph.D) - Pazargadi M (Ph.D) - Manoochehri H (Ph.D) - Alavi Majd H (Ph.D)

**Effect of group motivational interviewing on quality of life of patients with colorectal cancer and permanent ostomy.....58**  
Rajabipour E (MSc) - Maddah S (Ph.D) - Falahi Khoshknab M (Ph.D) - Zarei F (MSc) - Anaraki F (Ph.D)

**The effect of agriculture activity on quality of life in chronic schizophrenic patients.....69**  
Parvin N (MSc) - Rafiee Vardanjani L (MSc) - Nikfarjam M (MD) - Mohammadi Ahmad Mahmoudi A (MSc) - Deris F (MSc)

**Relationship between personality characteristics with self- care behavior and consequences of treatment in patients with Diabetes.....77**  
Mahmoud Alilou M (Ph.D) - Asbaghi M (MSc) - Narimani M (Ph.D) - Agamohammadzadeh N (Ph.D)